

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Der Fairsicherungsladen GmbH

Waldstr. 65 • 76133 Karlsruhe

Tel.: 0721/35 83 69

Fax: 0721/35 83 76

anfrage@fair-ka.de

http://www.derfairsicherungsladen.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
2. Angaben Risiko	
2.1. Welche Reitsportarten üben Sie als Amateur aus?	<input type="checkbox"/> Reiten <input type="checkbox"/> Springreiten <input type="checkbox"/> Rennreiten <input type="checkbox"/> Hindernisrennen <input type="checkbox"/> Trabrennfahrten <input type="checkbox"/> Dressurreiten <input type="checkbox"/> Polo <input type="checkbox"/> Military <input type="checkbox"/> Geländereiten (Freizeit) <input type="checkbox"/> Distanzreiten <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>
2.2. Benötigen Sie zur Ausübung Ihrer sportlichen Betätigung eine Lizenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
2.3. An welchen Wettbewerben nehmen Sie aktiv teil und wie oft pro Jahr?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Springturniere: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Dressurturniere: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Galopprennen / Flachbahn: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Trabrennen: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Hindernisrennen: <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> Vielseitigkeitsprüfungen (Military, Geländereiten): <input type="checkbox"/> x p.a. <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/> : <input type="checkbox"/> x p.a.
2.4. Haben Sie bei der Ausübung der reitsportlichen Betätigung bereits Unfälle erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Art, Zeitpunkt und gesundheitliche Folgen angeben: <input type="text"/>

3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
Einverständniserklärung zur Datenweitergabe	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Rev002 vom 21.10.2009	

Erklärung

 Unterschrift